
FACULTÉ DE MÉDECINE

Traitement des cataractes secondaires

PAR

l'extraction complétée systématiquement
par le recouvrement conjonctival

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Novembre 1933

PAR

André LAFONT

Né le 7 Novembre 1906, à Lussan (Gard)

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY { MM. VILLARD, Professeur, *Président*.
LEENHARDT, Professeur.
ETIENNE, Professeur.
MOURGUES-MOLINES, *agréé*.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE ' SAUVAGES, 1

1933

**TRAITEMENT DES CATARACTES SECONDAIRES
PAR L'EXTRACTION
COMPLETEE SYSTEMATIQUEMENT
PAR LE RECOUVREMENT CONJONCTIVAL**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

Traitement des cataractes secondaires PAR l'extraction complétée systématiquement par le recouvrement conjonctival

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Novembre 1933

PAR

André LAFONT

Né le 7 Novembre 1906, à Lussan (Gard)

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY	{	MM. VILLARD, Professeur, <i>Président</i> .	} Assesseurs.
		LEENHARDT, Professeur.	
		ETIENNE, Professeur.	
		MOURGUES-MOLINES, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
	CABANNES
	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

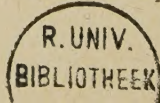
Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUES-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. VILLARD, Professeur, Président	MM. ETIENNE, Professeur.
LEENHARDT, Professeur.	MOURGUE MOLINES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

*en témoignage de ma pro-
fonde affection.*

A MES MAITRES

A MES CHEFS MILITAIRES

A MON JURY DE THESE

A. L.

AVANT - PROPOS

Au moment de présenter cette thèse, notre pensée reconnaissante va vers tous les Maîtres de la Faculté qui, par leur enseignement, leurs conseils et leur exemple, ont contribué à notre formation médicale.

Notre gratitude va tout d'abord à notre Maître, le Professeur Villard, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous avons eu l'immense privilège d'être son externe, puis son assistant.

Les trop courtes années passées dans son service sont pour nous un souvenir ineffaçable et, au moment de le quitter, nous ne savons ce qu'il faut le plus admirer de sa haute valeur scientifique ou de son exquise bonté.

Ce qui fait l'objet de notre thèse est le fruit de sa grande expérience et de son puissant esprit de recherche, tous deux au service de la souffrance humaine qu'il s'est donné pour mission de soulager.

L'intérêt qu'il a pris à notre formation médicale, en nous donnant de précieux conseils, en nous encourageant, et, ces derniers mois, en dirigeant l'élaboration de ce modeste travail, que nous aurions voulu plus

digne de lui, nous remplit d'une bien vive reconnaissance, et nous sommes heureux de lui rendre ici l'hommage de notre profond et respectueux attachement.

Notre gratitude va aussi à M. le Professeur Leenhardt, dans le service duquel nous avons fait nos premières expériences d'externe.

Nous avons toujours trouvé auprès de lui un guide sûr et bienveillant, nous faisant largement bénéficier de sa grande expérience clinique. Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse et sommes heureux de lui dire notre profonde reconnaissance.

Nous gardons également le meilleur souvenir du temps trop court passé dans le service de M. le Professeur Etienne. Il nous a appris à mieux aimer le malade et sa haute conscience professionnelle sera pour nous un exemple.

Qu'il me soit permis de lui témoigner ici tout mon dévouement et ma bien vive gratitude.

Monsieur le Professeur Mourgue-Molines a bien voulu accepter d'être membre de notre jury. Nous lui en exprimons notre bien vive gratitude.

Nous ne saurions oublier aussi tout ce que nous devons à M. le Docteur Temple. Durant une collaboration de deux ans, il a été pour nous un conseiller et un guide précieux.

A lui vont tous nos remerciements et l'expression de notre sincère amitié.

En terminant, nous tenons à dire à tous, Maîtres de la Faculté et Chefs militaires, qui ont contribué avec une égale bienveillance à notre formation médicale : ce que nous sommes, c'est à vous que nous le devons. Nous n'oublierons jamais.

TRAITEMENT DES CATARACTES SECONDAIRES PAR L'EXTRACTION COMPLETEE SYSTEMATIQUEMENT PAR LE RECOUVREMENT CONJONCTIVAL

INTRODUCTION

En attendant le jour où, grâce à une technique parfaite, l'oculiste pourra extraire systématiquement le cristallin dans sa capsule, et cela, sans grand danger opératoire, les cataractes secondaires ne seront pas une rareté et leur traitement fera l'objet de recherches constantes.

Ayant perfectionné les méthodes actuelles, notre Maître, le Professeur VILLARD, a bien voulu nous proposer l'exposé de sa technique comme sujet de thèse.

Notre travail aura pour but de révéler les avantages de ce procédé opératoire, qui permet d'aborder l'intervention avec beaucoup moins d'inquiétude que précédemment.

Il est bon de rappeler, au début de cet exposé, la phrase de GAYET parlant, en 1888, de la cataracte secondaire...

« Il n'est pas d'opération que je redoute davantage. Elle paraît toujours incertaine, souvent inutile, parfois très dangereuse. »

... afin de mieux apprécier, dans les pages qui vont suivre, les progrès réalisés et la sécurité plus grande apportée par la technique du Professeur VILLARD.

DEFINITION ET CLASSIFICATION DES CATARACTES SECONDAIRES

Toutes les fois qu'une membrane opaque ou inégalement réfringente occupant le champ pupillaire abaisse d'une façon notable l'acuité visuelle d'un œil privé de son cristallin, on dit qu'il s'est formé une *cataracte secondaire*. Cette membrane dont nous parlons n'a pas toujours la même origine.

1° Nous allons parler tout d'abord du cas paradoxal, semble-t-il, où l'on se trouve en présence d'une capsule mince, transparente, mais qu'un examen attentif montre finement plissée et ondulant à chaque mouvement de l'œil.

Le sujet n'a qu'un ou deux dixièmes de vision et cependant son fond d'œil s'éclaire facilement. On peut s'expliquer cette anomalie apparente en comparant le voile de la capsule à la surface d'une nappe d'eau ridée par le vent. Tous deux forment un dioptré, au travers duquel les rayons lumineux sont déviés irrégulièrement, l'angle d'incidence variant, en effet, avec le point de la surface considéré.

Il en résulte une image déformée et, de plus, toujours mouvante, inutilisable par le sujet.

2° Mais, le plus souvent, la cataracte secondaire est due à l'opacification tardive de fibres cristalliniennes adhérentes à la capsule au moment de l'intervention, et qu'une toilette même soignée n'a pu détacher.

Le processus cystolytique naturel qu'on observe après toute lésion du sac cristallinien, a été impuissant à les faire disparaître et leur opacification s'est effectuée parfois en fort peu de temps.

Nous avons une preuve de l'exactitude de cette description en observant un cristallin atteint de cataracte congénitale, et dont on a discisé la capsule antérieure. Les masses s'opacifient, se gonflent, au point d'envahir la chambre antérieure, puis se résorbent lentement. Mais cette lyse est souvent incomplète et ce qui reste du cristallin forme un rideau épais, ne donnant au sujet qu'une vision quantitative.

3° Si, au contraire, la cataracte opérée était dure et que la capsule postérieure persiste seule, sans masses adhérentes, nous pourrions quand même assister à l'apparition tardive d'une cataracte secondaire.

Nous voyons cette mince capsule s'opacifier progressivement et l'acuité visuelle tomber à un dixième et au-dessous, rendant une intervention indispensable.

4° Il existe enfin un type particulier de cataracte secondaire dû à des suites opératoires septiques ou à la rupture de la cicatrice sclérale, avec hémorragie dans la chambre antérieure. Les exsudats inflammatoires ou, dans le second cas, les tractus fibrineux tapissent alors la capsule postérieure, adhérent à l'iris

qu'ils tiraillent et forment ainsi un rideau épais et irrégulier obturant l'orifice pupillaire dans sa totalité.

En présence d'une cataracte secondaire déterminant une diminution importante de l'acuité visuelle, l'oculiste peut être appelé à intervenir. Plusieurs techniques lui sont offertes. Laquelle va-t-il choisir ?

DIVERS PROCÉDES OPERATOIRES

1° La plus simple et la moins dangereuse de toutes les interventions est, sans contredit, *la discision*.

Elle consiste à pratiquer une déchirure de la capsule à l'aide d'un kystitome ou d'un très fin couteau de Graefe.

Le point d'introduction sera juxta-limbique avec un court trajet sous-conjonctival. De la sorte, la plaie sera bien protégée et vite réparée.

Après pénétration dans la chambre antérieure, l'instrument aborde la capsule, le tranchant en bas, la ponctionne et, par un simple mouvement de bascule du manche vers le haut, se trouve réalisée une brèche linéaire dont les lèvres s'écartent plus ou moins suivant l'élasticité de la capsule.

Mais ce procédé, pour séduisant qu'il soit, présente de nombreux inconvénients.

Le principal est qu'il se révèle souvent inefficace. La pupille artificielle peut avoir des dimensions trop réduites pour assurer une perception satisfaisante des objets peu éclairés. Très souvent même les lèvres

se rejoignent et se soudent ensemble, faisant perdre tout le bénéfice de l'intervention.

Un autre inconvénient s'observe lorsque la capsule est restée en partie transparente, et principalement si des tractus plus épais, répartis à sa surface, limitent un ou plusieurs orifices perméables, qui s'ajoutent à celui de la brèche opératoire. Chaque orifice secondaire donnera une image sur la rétine, ce qui rendra confuse l'image principale. Dans ce cas, même si la discision a été efficace, les résultats fonctionnels sont mauvais.

2° Un procédé, moins simple que le précédent mais plus sûr dans ses résultats, est *l'iridecto-capsulectomie* de WECKER.

Il consiste à faire une incision à la pique, au niveau du limbe scléro-cornéen, pour avoir accès dans la chambre antérieure. La pique, fortement inclinée, se dirige vers la capsule opacifiée et y pratique en un seul temps une ouverture au pôle supérieur, suivant un trait horizontal ; des extrémités de celui-ci partiront deux traits faits avec la pince-ciseaux et convergeant vers le centre de la pupille.

Le lambeau triangulaire ainsi libéré sera extrait, dégageant un orifice pupillaire assez grand et définitif.

Ces deux derniers points témoignent d'un réel progrès sur la technique précédente, mais ici un danger apparaît pouvant avoir des conséquences très graves. :

La chambre postérieure est ouverte et le vitré pourra s'échapper partiellement ou d'une façon massive, sans qu'aucune barrière lui soit opposée.

Une faible perte réalise déjà une hypotonie appréciable qu'il vaut mieux éviter, en raison des résultats

fonctionnels médiocres observés en pareil cas ; mais combien plus grave est l'issue massive que peut produire un coup de paupière malencontreux !

Cette même critique s'applique aux deux procédés qu'il nous reste à décrire : l'excision à l'emporte-pièce de VACHER et l'extraction capsulaire.

3° *L'excision de la capsule à l'aide d'un emporte-pièce*, comprend un premier temps : l'incision de la cornée et de la capsule au couteau triangulaire, réalisée en introduisant la lame de la pique à 45°. C'est au travers de l'ouverture capsulaire que pénétrera une des branches de l'emporte-pièce, l'autre branche passant en avant.

Lorsque les mâchoires sont bien centrées sur la pupille, l'opérateur fait jouer l'instrument. Il n'a plus alors qu'à retirer le fragment de capsule ainsi libéré.

Cette technique comporte des manœuvres beaucoup plus traumatisantes que celles déjà décrites, en raison des dimensions excessives des instruments employés. L'emporte-pièce de VACHER, pour si réduit qu'il soit, demande une incision étendue. Il faut ensuite faire bailler largement la lèvre cornéenne pour l'introduire, et cela, alors qu'on a déjà pratiqué une ouverture dans la capsule et que le vitré peut s'échapper.

Si la capsule est mince, les mors de l'instrument la sectionnent difficilement et l'opérateur devra effectuer plusieurs tentatives, pendant lesquelles sortira chaque fois un peu plus de vitré.

Ces multiples inconvénients nous feront préférer la capsulectomie, qui permet d'arriver au même résultat avec beaucoup moins de risques opératoires.

Toutefois, si la capsule n'adhère pas à l'iris et se laisse facilement séparer du corps ciliaire, nous don-

nerons sans hésiter la préférence à la méthode de l'*extraction capsulaire*.

4° *L'extraction capsulaire*. — C'est la plus élégante mais surtout la plus efficace de toutes.

Elle ne demande qu'une petite incision à la pique, par où l'opérateur introduira les branches fermées, d'une pince de Panas.

L'une d'elles, pointue, transperce la capsule à sa périphérie et rejoint son centre en cheminant contre sa face postérieure.

L'autre branche, située en avant de la capsule, permettra, en s'appliquant sur la première, de la bien saisir et, après quelques ébranlements, de l'extraire.

Cette rapide description suffit à mettre en lumière combien sont minimales les traumatismes infligés à l'œil.

Nous avons dit et nous insistons encore une fois, sur la nécessité d'être en présence d'une zonule peu consistante, permettant de libérer la capsule après une ou deux tractions très douces. En effet, tout tiraillement exagéré peut déclencher une réaction assez vive du corps ciliaire ou même le décollement de la rétine.

Bien que cette méthode ait acquis nos suffrages, lorsque les conditions sont réalisées, elle n'en resterait pas moins dangereuse si elle ne comprenait que les temps décrits ci-dessus.

Nous voyons, en effet, qu'une perte de vitré plus ou moins importante est toujours possible. Aussi, pour l'éviter, le Professeur VILLARD eut l'idée de faire suivre l'extraction capsulaire d'un recouvrement conjonctival systématique.

Ce dernier temps constitue la caractéristique essentielle de sa technique.

TECHNIQUE DU PROFESSEUR VILLARD

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les termes dont s'est servi le Professeur VILLARD à une séance de la Société des Sciences Médicales de Montpellier, et qui sont rapportés dans le numéro des comptes rendus de juin 1932 (1) :

« Ce qu'il faut obtenir, dit le professeur VILLARD, pour parer aux accidents de l'opération de la cataracte secondaire, dont le plus redoutable est le prolapsus du corps vitré, c'est une protection immédiate et efficace de la plaie scléro-cornéenne, susceptible de s'opposer instantanément à la continuation de l'issue du corps vitré, et de prévenir l'infection, dont on connaît les conséquences désastreuses pour l'avenir du globe oculaire.

» Pour arriver à de tels résultats, si désirables, la

(1) VILLARD (M.). — Traitement des cataractes secondaires par l'extraction associée systématiquement au recouvrement conjonctival, *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, Séance du 24 juin 1932, tome VIII, page 496.

suture cornéenne, à laquelle on pense au premier abord, est absolument insuffisante car, si elle est susceptible de les atténuer, elle ne peut pas supprimer, d'une façon constante et absolue, les risques dont je viens de parler.

» Mais, heureusement, il est un autre mode d'obturation des plaies pénétrantes de l'œil, qui permet de réunir tous les avantages que l'on recherche dans les cas de ce genre : je veux parler du recouvrement conjonctival.

» Le recouvrement conjonctival est un mode de traitement des plaies pénétrantes du globe oculaire, absolument remarquable, qui permet très souvent la conservation de l'organe, même très grièvement lésé, et parfois même la récupération d'une bonne partie ou de la totalité de la vision, dans des cas où l'œil, sans cette intervention, aurait été certainement perdu. Il consiste en une dissection étendue de la conjonctive bulbaire dans la région de la plaie, et à la constitution, grâce à cette dissection, d'un véritable tablier protecteur de muqueuse conjonctivale qui, convenablement attiré et maintenu par des sutures, obture la plaie admirablement et définitivement.

» Ce sont les résultats merveilleux obtenus par le recouvrement conjonctival dans le traitement des plaies pénétrantes de l'œil, qui m'ont donné l'idée de recourir à cette manœuvre, si simple et si efficace, pour protéger la plaie cornéenne que l'on est obligé de pratiquer pour extraire une cataracte secondaire, plaie à travers laquelle, comme je l'ai dit, le vitré se prolabe, trop souvent en grande abondance.

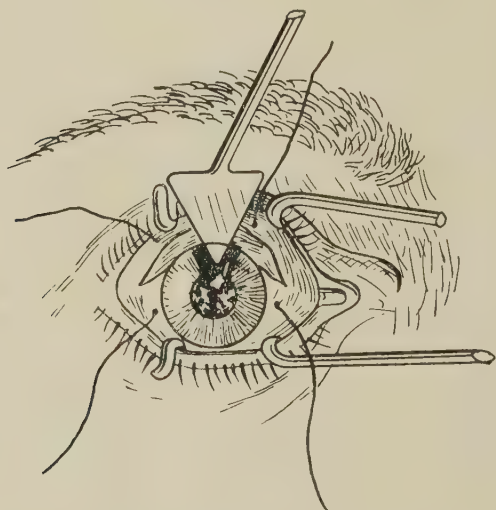
» La technique est des plus simples :

» Après dilatation atropinique de la pupille et anesthésie cocaïnique par instillation et par injec-

tion sous-conjonctivale, on sectionne la conjonctive bulbaire au ras du limbe scléro-cornéen, dans la partie supérieure, correspondant à la région où, dans un instant, la cornée sera ponctionnée, et dépassant même cette région, à droite et à gauche. Ensuite, à petits coups de ciseaux, on dissèque profondément la conjonctive bulbaire en arrière et sur les bords, sur une profondeur suffisante pour que le tablier conjonctival ainsi créé puisse être porté très facilement en avant et puisse recouvrir la majeure partie et même, ce qui vaut mieux, la totalité de la cornée.

» Quand la dissection est jugée suffisante, on place deux fils verticaux, l'un à droite et l'autre à gauche de la future plaie cornéenne.

» Ceci terminé, après une bonne hémostase, on passe au temps essentiel de l'opération, ayant pour but l'extraction de la cataracte secondaire.



» Avec la pique, on ponctionne la cornée au ras du limbe, sur une étendue de six ou sept millimètres environ ; puis, on introduit dans la chambre

antérieure la pince de Panas, dont la branche postérieure, très pointue, perfore la cataracte secondaire à sa partie supérieure. Cette pince est poussée, en bas, jusqu'aux environs du bord pupillaire, et, ensuite, serrée fortement, ce qui permet de saisir, entre ses deux mors, toute la cataracte secondaire.

» Quand on s'est rendu compte que la prise est complète et solide, on n'a qu'à retirer doucement la pince pour entraîner, hors de l'œil, la capsule opacifiée, qui est extraite, *en totalité*, dans la plupart des cas, ou simplement en partie, dans les cas, assez rares, où elle se déchire à la suite d'une prise défectueuse. Dès que la capsule est extraite, surtout quand cette extraction est totale, on voit la pupille devenir immédiatement d'un beau noir de jais, mais, en même temps, et presque toujours peut-on dire, on voit le vitré se prolaber dans la plaie, à travers laquelle il coule en plus ou moins grande abondance.

» Alors, sans hâte inutile, mais sans perdre de temps toutefois, on serre les deux fils verticaux que l'on avait placés avant la ponction du globe. Consécutivement à cette suture, le tablier de muqueuse conjonctivale que l'on avait largement disséqué dans le premier temps de l'opération, est attiré en avant et en bas et il recouvre la cornée, en réalisant une obturation et une protection idéales de la plaie oculaire, dont les deux lèvres sont, en outre, fortement appliquées l'une contre l'autre, par cette compression élastique.

» Les suites opératoires sont dénuées de tout incident fâcheux, exception faite de la douleur, qui est assez vive dans les premières heures, mais qui peut être facilement atténuée par l'utilisation de calmants généraux.

» Au bout de cinq à six jours, les sutures cèdent d'elles-mêmes ou elles sont enlevées si elles n'ont pas cédé. Le tablier conjonctival qui recouvrait toute la cornée, se rétracte progressivement, en découvrant la pupille et, finalement, il ne persiste qu'un petit bourrelet muqueux au niveau de la partie supérieure du limbe, bourrelet qui, d'ailleurs, s'affaisse et disparaît rapidement. »

Rien ne saurait mieux illustrer cette description si claire du Professeur VILLARD, que l'exposé des observations des malades opérés par lui-même dans son service, suivant cette technique. Nous avons suivi ces malades aussi longtemps que les circonstances nous l'ont permis, mais le fait que certains d'entr'eux sont partis trop tôt, nous a obligé à mesurer leur acuité visuelle avant qu'ils n'aient obtenu leur maximum de récupération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

S... Baptistine, 72 ans. Entre en juillet 1931 à la clinique ophtalmologique de Montpellier.

ANTÉCÉDENTS :

A été opérée de cataracte O. D. par le Professeur TRUC et de cataracte O. G. par le Professeur VILLARD.

EXAMENS :

Présente une iridectomie opératoire O. D. et O. G. avec aphakie.

Une membrane mince à droite, plus épaisse à gauche, obstrue les orifices pupillaires.

V. O. D. : 1/100, après correction.

V. O. G. : quantitative.

Le 20 juillet, extraction de la capsule O. G., suivie d'un recouvrement conjonctival. — Suites normales.

A sa sortie :

V. O. D. : $(180^\circ + 4) + 10 = 1/100$.

V. O. G. : $(165^\circ + 4) + 10 = 5/10$

Revue en novembre 1933 : même acuité visuelle, avec les mêmes verres correcteurs.

OBSERVATION II

M... Sophie, 73 ans, s. p., Entre le 28 août 1931 à la Clinique ophtalmologique.

ANTÉCÉDENTS :

Opérée il y a huit ans, pour une cataracte O. D. Les résultats n'avaient pas été très satisfaisants après l'intervention. Depuis, la malade accuse une baisse progressive de la vision pour chacun des deux yeux.

ETAT ACTUEL :

V. O. D. : iridectomie et aphakie opératoire.

Le champ pupillaire est obstrué par une cataracte secondaire épaisse.

Réflexes pupillaires normaux, projection bonne.

Vision purement quantitative.

V. O. G. : faible opacification du cristallin. Voit la main à 30 cm.

Le 3 septembre, intervention sur l'O. D. Ablation de la capsule à la pince de Panas, suivie du recouvrement conjonctival. Pas de vitré spolié. — Suites sans incidents.

Le 17 septembre, extraction combinée de la cataracte O. G. Hypotonie du globe. Petite hémorragie dans le champ pupillaire.

RÉSULTATS :

Le 7 octobre, la vision de l'O. D. après correction.

V. O. D. : $(180^\circ + 6) + 8$ est de 0,3.

V. O. G. : quantitative.

Le fait que la vision n'est que de trois dixièmes pour l'O. D. s'explique assez par la constatation des résultats médiocres après la première intervention

O. D. et des résultats mauvais après l'intervention O. G.
L'organisme réagissait mal à toute intervention chirurgicale même minime.

OBSERVATION III

M... Jean, 39 ans, homme d'équipe, entre le 10 août 1931.

ANTÉCÉDENTS :

Le 15 avril, traumatisme du globe O. D. par corps étranger, à la suite duquel une cataracte s'est déclarée.

A été opéré en mai 1931 ; aspiration des masses.

ETAT ACTUEL :

O. D. : Petit leucome cornéen en Y, porte d'entrée du corps étranger.

Présence d'une cataracte secondaire.

V. O. D. : $1/50$.

O. G. : normal ; vision : 1.

Le 12 août 1931, extraction de la capsule à la pince de Panas, suivie du recouvrement conjonctival.

Suites opératoires : abondante hémorragie sous-conjonctivale.

A sa sortie : V. O. D. avec $+ 13 = 0,1$.

Le 3 nov. 1931 : V. O. D. $(180^\circ + 3,50) + 11 = 0,06$, malgré la présence du leucome para-central.

OBSERVATION IV

B... Louis, 58 ans voyageur. Entre le 20 sept. 1931.

ANTÉCÉDENTS :

Opéré d'une cataracte O. D.

ETAT ACTUEL :

O. D. : Cataracte secondaire.

V. O. D. : 2/50, après correction.

O. G. : Cataracte mûre blanche.

Réflexe photomoteur bon, mais projection mauvaise ; le sujet n'accuse même pas une vision quantitative.

Tension O. D. et O. G. supérieure à 20.

Le 28 septembre, extraction de la capsule O. D. et recouvrement conjonctival. — Suites normales.

Sort de la clinique avec :

V. O. D. : $(90^{\circ} + 1,75) + 10 = 0,4$.

OBSERVATION V

N... Marie, 78 ans, ménagère.

ANTÉCÉDENTS :

Opérée de cataracte O. G. Entre à la clinique le 22 septembre 1931.

ETAT ACTUEL :

O. G : iridectomie et aphakie opératoire.

Présence d'une cataracte secondaire avec zone capsulaire centrale très épaissie et quelques tractus dans la partie supérieure.

Le 24 septembre, extraction de la capsule à la pince de Panas (la capsule est venue en bloc) et recouvrement conjonctival arrêtant l'issue du vitré.

Les résultats fonctionnels ont été d'appréciation difficile car la malade ne savait pas lire, mais la pupille étant d'un noir franc et les milieux bien transparents, on pouvait supposer une acuité visuelle très satisfaisante.

Nous insistons ici tout particulièrement sur le fait qu'il n'y a eu qu'une très faible spoliation de vitré, alors que l'inverse se serait produit fatalement, dans ce cas, sans recouvrement conjonctival.

OBSERVATION VI

B... Paul, 63 ans, cultivateur. Entre le 30 nov. 1931.

ANTÉCÉDENTS :

Opéré de cataracte O. G.

ETAT ACTUEL :

O. D. : Cataracte blanche incomplète.

Réflexes pupillaires conservés.

Projection bonne. Voies lacrymales perméables.

V. O. D. : quantitative.

O. G. : Iridectomie opératoire et aphakie.

Présence d'une cataracte secondaire.

V. O. G. : $(180^\circ + 3) + 9 = 2/50$.

Vaccination préalable au vaccin de Renard.

Le 2 décembre, iridectomie préparatoire O. D.

Le 4 décembre, intervention sur l'O. G.

Tentative d'extraction infructueuse de la capsule, suivie d'une discision. Recouvrement conjonctival.

Suites : légère réaction irienne obturant la brèche pratiquée dans la capsule.

Le 8 janvier 1932 : V. O. G. : quantitative.

Le 20 janvier 1932, extraction combinée de la cataracte O. D. Retard de cicatrisation, la chambre antérieure n'était pas reformée le lendemain. Légère réaction inflammatoire de l'iris, à allure torpide.

Le 22 février 1932, quelques exsudats pupillaires.

En somme, nous pouvons dire que ce malade n'a tiré qu'un bénéfice médiocre des deux opérations pratiquées sur lui, à cause des réactions iriennes auxquelles il était prédisposé. Ni la vaccination préalable, ni l'intervention en deux temps sur son O. D. n'ont pu l'éviter.

OBSERVATION VII

J. Wilfrid, 19, ans, sans profession.

ANTÉCÉDENTS :

Fortement myope (environ 10 dioptries) est victime, le 28 mai 1922 de l'accident suivant : En se laissant choir sur une règle qu'il tenait à la main, il a frappé le verre droit de ses lunettes qui a été brisé et dont les éclats ont créé une plaie centrale de la cornée et du cristallin, avec cataracte traumatique à évolution très rapide.

Opéré dès le lendemain, on extrait un volumineux éclat de verre, de forme triangulaire, et on fait sortir une bonne partie des masses cristalliniennes opacifiées et ramollies.

Le blessé est revu le 9 novembre 1922. Il est guéri, mais avec persistance d'une capsule cristallinienne très épaisse, adhérente à l'iris, en dedans. Vision quantitative.

Le 25 septembre 1931, il persiste toujours une cataracte secondaire très dense. La vision est réduite à la perception des doigts à 50 centimètres.

Entre dans le service le premier décembre 1931.

ETAT ACTUEL :

O. D. : petit leucome para-central

Iris déformé. Synechie postérieure vers
9 heures. Réflexes conservés.

Fond d'œil inéclairable.

V. O. D. : quantitative.

V. O. G. : 2/50, à cause de la myopie.

Correction : $(165^{\circ} - 1) - 12 = 0,7$.

Le 5 décembre 1931, on pratique un arrachement de la cataracte secondaire O. D., précédé d'une petite iridectomie en haut et complété par un large recouvrement conjonctival. — Suites opératoires normales.

Le blessé est revu le 17 octobre 1933, près de deux ans après son opération.

La pupille est d'un noir de jais et sa transparence n'est qu'un peu modifiée par le petit leucome cornéen para-central, reliquat cicatriciel de la plaie du 28 mai 1922.

La vision est de 0,4 sans correction ; avec la correction ($75^{\circ} + 1,50$) on obtient 0,5.

Avec un verre de + 4, les plus fins caractères d'imprimerie sont perçus de près facilement.

A noter que l'œil gauche a une acuité visuelle de 0,7 seulement, après correction.

OBSERVATION VIII

T... Léon, 55 ans, mineur. Entre le 10 février 1932 à la clinique.

ANTÉCÉDENTS :

Avait été opéré de cataracte O. D. en octobre 1929 et, deux ans après, en octobre 1931, d'une cataracte O. G.

ETAT ACTUEL :

O. D. : Iridectomie opératoire. Le champ pupillaire est occupé par des tractus fibreux laissant des pertuis perméables à la lumière.

Malgré cette cataracte secondaire, la vision après correction ($180^{\circ} + 2$) + 9 est de 0,5.

O. G. : iridectomie opératoire et désinsertion de l'iris allant de 1 heure à 5 heures.

Enclavement irien en haut et en dedans, rendant la pupille ovale à grand axe oblique en bas et en dehors.

Cataracte secondaire.

Vision O. G. : compte les doigts à 30 cm.

Pansement d'épreuve : sécrétions.

Voies lacrymales perméables.

Vaccination préalable (vaccin de Renard).

Le 15 février 1932, extraction de la capsule, que l'on ne peut saisir complètement. Un fragment en est retiré et le reste est repoussé à la partie inférieure. Recouvrement conjonctival.

Le 20 février, on enlève les points conjonctivaux.
— Suites normales.

Le 4 mars, après correction ($165^{\circ} + 1$) + 11, le sujet a une vision O. G. égale à 0,5.

OBSERVATION IX

B... Justin, 78 ans, pêcheur. Entre le 15 mars 1932 pour être opéré.

ANTÉCÉDENTS :

Opéré O. D. il y a plusieurs années et O. G. en septembre 1931.

ETAT ACTUEL :

O. G. : iridectomie opératoire.

cataracte secondaire, très épaisse à la partie inférieure et constituée par de nombreuses masses. Au centre et en haut, simple cataracte capsulaire.

Vision : quantitative.

Voies lacrymales perméables.

Le 18 mars 1932, intervention.

La dissection de la conjonctive est rendue difficile par l'adhérence très grande qu'elle présentait avec la sclérotique et par sa friabilité. Il est à noter que pour la première intervention, l'opérateur avait taillé un large lambeau conjonctival. Cette dissection difficile de la conjonctive ne s'est rencontrée que chez ce malade. Il fut néanmoins possible d'obtenir un lambeau assez grand et sans perforation.

Tentative d'extraction de la capsule à la pince de Panas. La capsule se déchire et ne peut être enlevée. Quatre points de suture à la conjonctive. — Suites normales.

Le 5 avril 1932 : V. O. G. : $(180^\circ + 5) + 8 = 0,2$.

OBSERVATION X

M... Rosine, 81 ans, s. p. Date de son entrée dans le service : 19 novembre 1932.

ANTÉCÉDENTS :

Opérée de cataracte sénile O. G.

ETAT ACTUEL :

O. D. : cataracte complète, opérable.

O. G. : cataracte secondaire.

Le 23 novembre, extraction combinée de la cataracte O. D.

Le 7 décembre, une cataracte secondaire O. D. compromet la vision, qui est seulement quantitative.

On décide une intervention sur l'O. G., malgré l'abolition des réflexes photomoteurs de cet œil et une vision quantitative.

Le 12 décembre, extraction de la capsule O. G., suivie du recouvrement conjonctival. — Suites normales.

Le 28 décembre, après correction :

$$V. O. G. \text{ avec } (180^\circ + 6) + 8 = 0,3.$$

OBSERVATION XI

C... Marie, 64 ans, domestique. Entre à la clinique le 28 novembre 1932.

ANTÉCÉDENTS :

Opérée en 1921, de cataracte O. D.

ETAT ACTUEL :

O. D. : La vision a commencé à diminuer en 1929 et n'était plus que de 1/50 à son entrée dans le service.

A l'examen, on voit une capsule mince occupant tout le champ pupillaire.

O. G. : cataracte au début.

..Le 30 novembre, extraction facile de la capsule. Légère hernie de l'iris facilement réduite. Le vitré ayant tendance à sortir, on fit immédiatement le recouvrement conjonctival.

Le 3 décembre, la malade ne souffre pas, l'œil a très bel aspect. — Les suites furent sans incident.

Le 26 décembre, après correction :

V. O. D. $(180^{\circ} + 1) + 8 = 0,5$.

Revue le 24 mars 1933, la vision est la même.

OBSERVATION XII

D... Prosper, 71 ans, s. p. Entre le 24 janvier 1933.

ANTÉCÉDENTS :

Opéré de cataracte O. D. en septembre 1932. La vue, satisfaisante à ce moment-là, a baissé depuis.

ETAT ACTUEL :

Capsule opaque, compliquée d'adhérences iriennes.
Vision : $1/50$.

Intervention le 7 février : Extraction de la capsule en totalité, suivie du recouvrement conjonctival. — Suites opératoires normales.

Sort le 1^{er} mars 1933, avec la correction suivante :

$(15^{\circ} + 2) + 10 = 0,4$.

Revu le 30 octobre 1933 : pupille très noire dans toute son étendue, avec la même correction que ci-dessus. — Vision : O. D. : $0,5$.

OBSERVATION XIII

L... Marie, 63 ans, s. p. Entre dans le service le 9 février 1933.

ANTÉCÉDENTS :

Opérée en novembre 1932 d'une cataracte à l'œil gauche. Sa vue a sensiblement baissé depuis.

ETAT ACTUEL :

O. D. : opacité cristallinienne légère. V : $0,3$.

O. G. : iridectomie opératoire

capsule épaisse, adhérente à l'iris.

Le 12 février, extraction de la capsule O. G. et recouvrement conjonctival.

Le 27 mars 1933 :

$$V. O. G. (160^{\circ} + 4) + 10 = 0,3.$$

OBSERVATION XIV

G... Madeleine, huit ans et demi, Entre le 15 décembre 1932.

ANTÉCÉDENTS :

A la suite d'un traumatisme portant sur l'œil droit, la vision a progressivement baissé jusqu'à devenir quantitative.

A L'EXAMEN :

O. D. : cataracte lenticulaire blanche.

O. G. : aspect normal.

V. O. D. : quantitative.

V. O. G. : 1.

Le 16 décembre 1932, discision O. D. sans résultat.

Le 2 janvier 1933, nouvelle discision, résultat toujours négatif.

A ce moment, une affection pulmonaire sans gravité nous engage à l'envoyer dans le service de médecine infantile. Elle en sort le 16 janvier.

Le 20 janvier 1933, troisième discision $\frac{1}{2}$ insuccès.

En février 1933, quatrième discision au couteau de Graefe, sans résultat appréciable. Sort de la clinique.

Revient *le 3 octobre* et présente O. D. une capsule très épaisse occupant toute la pupille.

Le 5 octobre 1933, extraction de la capsule, qui se détache sans déchirure et peut être enlevée en entier; très peu de vitré. Recouvrement conjonctival.

Le 11 octobre, œil en parfait état, pupille très noire. Le recouvrement occupe encore le tiers de la cornée.

Le 22, à sa sortie : V. O. D. avec $+ 13 = 1$

Cette observation du dernier opéré de la clinique avant notre soutenance de thèse, vient confirmer l'opinion que nous nous sommes faite de la valeur de cette technique.

Ici, nous étions en présence d'une personne jeune, dont l'œil opéré avait une rétine en parfait état et non des lésions de sclérose ou de chorio-rétinite diffuse que nous constatons bien souvent chez les vieillards opérés.

La valeur fonctionnelle de l'œil dépendait donc, à ce moment, des résultats de l'intervention. Si la pupille devenait parfaitement perméable, les résultats devaient être parfaits. C'est ce que nous avons vérifié.

DISCUSSION DU PROCÉDE RESULTATS OPERATOIRES

Le principal avantage du recouvrement conjonctival est, nous l'avons dit à plusieurs reprises, d'empêcher toute spoliation importante de vitré.

Bien souvent, lorsque la capsule venait sans difficulté, le vitré restait en place et nous étions sûrs qu'il n'en sortirait aucune parcelle secondairement, une fois le recouvrement conjonctival effectué.

En effet, sans ce dernier temps, l'opérateur n'est jamais sûr que le malade ne donnera pas un brusque coup de paupière pour un motif imprévu, et c'est alors l'issue massive de vitré et un globe aux trois quarts vide, atone, perdu pour toujours.

Le second avantage est la protection contre l'infection d'origine exogène.

A plusieurs reprises, des malades, avec des voies lacrymales obstruées, des paupières en mauvais état n'auraient pas bénéficié d'une intervention que nous n'aurions pas osé entreprendre.

Mais, rassurés par le souvenir de bons résultats obtenus dans des circonstances analogues, nous ten-

tions l'opération et les suites normales nous montraient, une fois de plus, la valeur protectrice du recouvrement conjonctival.

MORAX (1), dans son rapport sur les cataractes secondaires, signale comme fréquents les accès de glaucome post-opératoires.

ROCHON-DUVIGNEAUD insiste encore plus sur ce danger et parle d'un pourcentage plus élevé.

Nous n'avons jamais constaté semblable complication. Est-ce à cause de la parfaite coaptation des bords de la plaie, empêchant tout enclavement irien ou à cause de l'absence de réaction infectieuse ?

Nous ne saurions nous prononcer, mais il nous a paru intéressant de signaler le fait, en attendant que de nouvelles observations viennent confirmer ou... infirmer peut-être nos premières constations.

Enfin, un dernier avantage, d'ordre moral celui-là, est l'impression, justifiée d'ailleurs, qu'a l'oculiste d'entreprendre une intervention relativement peu dangereuse.

Il n'hésite plus dès lors, comme auparavant, et plusieurs malades qui, sans cela, seraient restés à demi aveugles, parce que non opérés, pourront jouir d'une bonne vue, grâce à l'extraction capsulaire, suivie du recouvrement conjonctival.

(1) MORAX (V.). — Les cataractes secondaires, *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, novembre 1922.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Traitement des cataractes se-
condaires par l'extraction com-
plétée systématiquement par
le recouvrement conjonctival.*

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 6 novembre 1933

Le Professeur,
H. VILLARD.

Vu :

Montpellier, le 8 novembre 1933

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 9 novembre 1933

Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits a l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

